

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo Certificar:</b>	<b>a</b>	<b>Desde:</b>	2025-12-01	<b>Hasta:</b>	2025-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA			<b>Número de Documento:</b>	1014281704
<b>Correo Electrónico:</b>	ALEXACASTIBLANCO96.AC@GMAIL.COM			<b>Número Telefónico:</b>	3132356005
<b>Nombre del Supervisor:</b>	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	<b>Código - Grado:</b>	009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	4173-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	TERAPEUTA OCUPACIONAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS LA ESTRELLA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38HDJB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS SAN BENITO	186	0	20210	\$3759060	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 3759060</b>	<b>TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SESENTAPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-21			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-09-20
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 5335440	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 3375008	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	\$ 4143112	1956
4	2025-12-11		4	\$ 626510	2122
5	2025-12-11		5	\$ 626510	2122

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	\$ 1576380
2	FEBRERO	\$ 3759060
3	MARZO	\$ 3759060
4	ABRIL	\$ 3759060
5	MAYO	\$ 3759060
6	JUNIO	\$ 3759060
7	JULIO	\$ 3759060
8	AGOSTO	\$ 3759060
9	SEPTIEMBRE	\$ 3759060
10	OCTUBRE	\$ 3759060
11	NOVIEMBRE	\$ 3759060
12	DICIEMBRE	\$ 3759060

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 30072480	\$ 44179060	\$ 42926040	\$ 1253020

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Prestar servicios de perfil Profesional de Apoyo Terapéutico acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por Terapia Ocupacional	-Historia clínica -Planes de trabajo en casa
2 Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Se realizan actividades informativas de manera oral (taller) y escrita (organigrama mensual) encaminadas a favorecer adecuados hábitos de higiene personal y autocuidado de forma individual, familiar y grupal.	-Historia clínica -Organigrama

	<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
3	Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya).	-Diligenciamiento oportuno de las historias clínicas en sistema dinámico gerencial	-Historia clínica dinámica gerencial
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad	-Actividad no realizada este mes.	-No aplica actividad no realizada este mes
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Se en ruta usuario de acuerdo a protocolos dados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, según la necesidad o diagnóstico del mismo.	-Historia Clínica -Remisiones
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Se realiza remisión a los usuarios que requieran seguimiento o valoración por alguna especialidad para un manejo integral	-Historia clínica -Remisión
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por Terapia Ocupacional.	-Historia clínica -Planos de seguimiento en casa.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Se da a conocer oportunamente de manera verbal y escrita por medio de informe terapéutico los objetivos, plan de tratamiento y evolución de los usuarios.	-Historia clínica -Informe de evolución terapéutica
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Actividad no realizada este mes	-No aplica actividad no realizada este mes

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2025	11	13	91388913	-	\$ 3759060	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SESENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1503624	\$ 240580	\$ 240600
Salud					COMPENSAR		\$ 187953	\$ 188000
ARL				3	POSITIVA		\$ 36628	\$ 36700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 436382</b>	<b>\$ 465300</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550488434021009	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA		2025-12-11 11:48:03		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2025-12-17 20:35:20		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO		2025-12-18 16:04:40		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-01-08 16:10:17		

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN**  
**DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
 www.subredsur.gov.co  
 Teléfono 7300000 Ext 26017  
 © Siasur - 2026

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014281704	ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA		DG 82 C 75A 65	3132356005	alexacastiblanco96.ac@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	13/11/2025	91388913	\$474.400	

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

#### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	188.000	0		0		0	0	0	0	188.000	1

#### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	240.600	0	0	0	0	0	0	0	240.600	1

#### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	36.700				36.700	0	0	36.700			367	36.700	1

#### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	9.100	0	0	9.100	1

#### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	188.000	188.000
Pensión	1	240.600	240.600
Riesgos Laborales	1	36.700	36.700
CCF	1	9.100	9.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>474.400</b>	<b>474.400</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014281704	ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA	DG 82 C 75A 65	3132356005	alexacastiblanco96.ac@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	\$474.400				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CCORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014281704	CASTIBLANCO HERRERA ALEXANDRA	57	0			N																	230301	1.503.624	240.600	0	0	0	0	EPS005	1.503.624	188.000	14-23	1.503.624	3	36.700	CCF22	1.503.624	9.100	0	0	0	0	0

# PAGADA

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO  
Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> TITULACIONES HEPATITIS B.pdf	TITULACIONES HEPATITIS B.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 ENERO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 ENERO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 FEBRERO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 FEBRERO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 MARZO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 MARZO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 ABRIL 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 ABRIL 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 MAYO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 MAYO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 JUNIO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 JUNIO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 JULIO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 JULIO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 AGOSTO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 AGOSTO 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 SEPTIEMBRE 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 SEPTIEMBRE 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 OCTUBRE 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 OCTUBRE 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4173 NOVIEMBRE 2025 HOSPITALARIOS.pdf	4173 NOVIEMBRE 2025 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal